

**EXPERIENCIAS DE LA PERSONA MAYOR AL VIVENCIAR TRAUMATISMO DE  
CADERA, MONTERÍA, 2018**

**NERIS BABILONIA GARCIA  
KAROLAY CERMEÑO BALLESTAS**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
2018**

**EXPERIENCIAS DE LA PERSONA MAYOR AL VIVENCIAR TRAUMATISMO DE  
CADERA MONTERÍA, 2018**

**NERIS BABILONIA GARCIA  
KAROLAY CERMEÑO BALLESTAS**

**MARTHA OROZCO VALETA**  
Directora

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
2018**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**Montería, 12 Junio de 2018**

## **DEDICATORIA**

A nuestra familia por estar siempre con nosotras y apoyarnos en los momentos más difíciles, mis padres, abuela, hermanos, sobrinos por su amor y compañía.

A nuestras parejas, por su compañía, comprensión y comprensión, por creer en nuestras capacidades.

A mi bebé que se está gestando en mi vientre por el cual tengo un motivo más para seguir adelante.

A mis padres, abuela, hermanos y sobrinos que son personas que nos han ofrecido el amor y la calidez para salir adelante en este proyecto de vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por su compañía y guía a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por darnos sabiduría necesaria para el aprendizaje en el recorrido de nuestra formación, lo cual hoy se ve reflejado en el logro de este objetivo.

A nuestros padres, por habernos inculcado valores y darnos la oportunidad acceder a una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas.

A nuestros compañeros de vida por el apoyo incondicional en todo este proceso.

A nuestra profesora Marta Orozco Valeta quien gracias a sus conocimientos, sabiduría y paciencia supo guiarnos, corregirnos y darnos palabras de aliento que sirvieron de motor para el arranque y finalización de este proyecto, mostrándose como un modelo a seguir en nuestra vida.

A cada una de las instituciones y personas que conocimos durante nuestra formación, y a las que colaboraron para ser posible esta investigación, por abrir las puertas de su hogar para darnos su testimonio y así dar fruto de esta investigación

## CONTENIDO

### Contenido

1. OBJETIVOS .....	¡Error! Marcador no definido.
2. MARCO REFERENCIAL .....	¡Error! Marcador no definido.
2.1. TEÓRICO .....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.1. Persona Mayor .....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.2. Fractura.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.3. Vivencias.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.4. Capacidad Funcional.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.5. Caídas.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3. MARCO LEGAL .....	¡Error! Marcador no definido.
2.4. MARCO CONCEPTUAL .....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.1. Fractura de Cadera .....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.2. Vivencias.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.3. Persona Mayor .....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.4. Capacidad Funcional.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.5. Caídas.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.6. Educación En Salud .....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.7. Dolor .....	¡Error! Marcador no definido.
3. DISEÑO METODOLÓGICO .....	¡Error! Marcador no definido.
3.1. TIPO DE ESTUDIO .....	¡Error! Marcador no definido.
3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO .....	¡Error! Marcador no definido.
3.3. SUJETOS DE ESTUDIO .....	¡Error! Marcador no definido.
3.4. UNIDAD DE ANALISIS.....	¡Error! Marcador no definido.
3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES .....	¡Error! Marcador no definido.
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 1. Caracterización según la edad de los informantes .....	¡Error! Marcador no definido.

Tabla 2. Caracterización según el sexo de los informantes.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 3. Caracterización según el estrato de los informantes .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
4.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Gráfico 1. Esquema comprensivo de las experiencias de la persona mayor al vivenciar .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 4. Categorías y subcategorías .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
4.2. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 5. El Encuentro con la Realidad.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 6. Repercusión en el Entorno .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 7. Vivir mi Realidad .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 8. EDUCAR PARA CREAR OPORTUNIDADES ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
TABLA. 9. TRANSCENDIENDO MI REALIDAD .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5. CONCLUSIONES .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
BIBLIOGRAFÍA .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ANEXO .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ANEXO A CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ANEXO B ENTREVISTA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

**Resumen:** Debido a los cambios biológicos que trae consigo el proceso de envejecimiento, la fractura de cadera en las personas mayores es uno de los eventos que sucede más frecuentemente. Cuando suceden las fracturas de cadera se presenta disminución de la capacidad funcional aumentando la dependencia, en la población adulta. **Objetivo:** Describir las experiencias de las personas mayores al vivenciar traumatismo de cadera. **Método:** Investigación cualitativa de tipo fenomenológico. Se aplicó una entrevista semiestructurada a cada participante, se clasificó y codificó la información dando como resultado categorías: El encuentro con la realidad, repercusión en el entorno, vivir mi realidad, trascendiendo mi realidad y educar para adaptar. **Resultados:** El traumatismo de cadera, genera en la persona impacto, el cual los conlleva a sentimientos de desesperanza, resignación entre otros; La persona mayor que sufre quebranto de salud, se afecta su entorno personal, social, familiar y económico; en el tiempo aprende a convivir con la realidad de su trauma de cadera y todo lo que éste le genera, tratando de trascender su realidad.

Palabras Claves: Trauma de cadera, persona mayor, vivencias, educación.

**Summary:** Due to the biological changes brought about by the aging process, the fracture of the skin in the elderly is one of the most frequent events. When the fractures of the hip happen, there is a decrease in the functional capacity of the dependency in the adult population. Objective: To describe the experiences of older people when experiencing hip trauma. Method: Qualitative research of phenomenological type. a semi-structured interview was applied to each participant, the information was classified and codified as a result of the categories: The encounter with reality, repercussion in the environment, living my reality, transcend my reality and educate to adapt. Results: The trauma of the hip, the gender in the impact person, which leads to feelings of hopelessness, resignation among others; The elderly person who suffers health breakdown affects their personal, social, family and economic environment; in time he learns to live with



the reality of his trauma of death and all that it generates, trying to transcend his reality.

Key words: Hip trauma, elderly person, experiences, education.

## INTRODUCCIÓN

Debido al proceso biológico degenerativo que acompañan al envejecimiento de las personas y las enfermedades concomitantes que se asocian a esta situación, las personas mayores son susceptibles a padecer más enfermedades y a tener más accidentes, lo cual puede llevar a procesos de discapacidad o a la muerte; según Lorenzo<sup>1</sup>, en las personas mayores aumenta las discapacidades, creando en éstas dependencia de terceros para la realización de las actividades de la vida diaria, como son desplazamientos dentro y/o fuera del hogar, el cuidado personal, entre otras actividades cotidianas.

Dentro de los accidentes que sufren las personas mayores se encuentran las caídas del mismo nivel, las cuales según la OMS<sup>2</sup>, representan la primera causa de muerte por lesiones accidentales como también genera un elevado porcentaje de limitación en la capacidad funcional, representando a menudo el inicio de la invalidez y, por tanto, de la dependencia y el gran costo socioeconómico que comportan estos accidentes.

Una de las consecuencias de las caídas en las personas mayores es la fractura, especialmente la de cadera, la cual incrementa la mortalidad o secuelas como pérdida de autonomía e invalidez. Según Vladimiro<sup>3</sup>, en la actualidad, un 50% aproximadamente de las fracturas de la pelvis o cadera acontecen en personas mayores a los 60 años, las cuales afectan en un 10% la región acetabular, aquí el fémur puede verse afectado y así complicar seriamente la movilidad.

---

<sup>1</sup> LORENZO, Laura. Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. INE. España. Disponible en línea [www.ine.es.pdf](http://www.ine.es.pdf). Consultado 4 abril 2018.

<sup>2</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Los accidentes en las personas mayores. Los accidentes como problema de salud. Disponible en línea [www.madridsalud.es](http://www.madridsalud.es). Consultado 19 marzo 2018.

<sup>3</sup> VLADIMIRO, Fidel. Fracturas en el adulto mayor. Disponible desde. [www.es.scribd.com](http://www.es.scribd.com). Consultado 4 abril 2018.

Cuando una persona mayor sufre fractura a nivel de la pelvis o cadera puede producir, consecuencias psíquicas las cuales “generan miedo a caer otra vez, o un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social, y restricción de las actividades de la vida diaria”<sup>4</sup>. Como factores asociados se presentan además pérdida de autoestima, humillación al tener que ser ayudado a pararse o caminar; estas situaciones de dependencia del adulto mayor en algunos casos pueden llevarlos a la depresión, sobre todo si ha llevado una vida activa e independiente.

Es de anotar que la independencia de la persona mayor se ve comprometida puesto que la mayoría que sufre fractura de cadera no recupera el nivel funcional que tenía antes de la lesión. En este caso el cuidado debe ir encaminado a la particularidad de cada persona mayor, sobre todo en el periodo de ajuste del cuidador primario, más cuando éste no está preparado para asumir su nuevo rol de cuidador, cayendo en el error de sobreproteger y mermar así la autonomía de la persona que cuida; por otro lado, le es difícil manejar los miedos y ansiedades, como también expresar abiertamente el deterioro o incapacidad del familiar enfermo.

La familia puede pasar desde el shock, miedo a lo desconocido, incapacidad de tomar decisiones sobre los aspectos más relevantes, cólera ante una realidad que no son capaces de manejar, culpa, síntomas depresivos y reacción de pasividad frente al problema o desesperanza y ansiedad frente a un pronóstico incierto o en el peor de los casos abandono total del adulto en estado de discapacidad.

---

<sup>4</sup> GONZÁLEZ, Regla. Et., al. Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral. Disponible en línea [www.scielo.sld.cu](http://www.scielo.sld.cu). Consulta 3 abril 2018.

Teniendo en cuenta lo anterior, el grupo investigador formula la siguiente pregunta norteadora con el objeto de dar cuenta a los objetivos planteados: ¿Cuáles son las experiencias del adulto mayor al vivenciar traumatismo de cadera en la ciudad de Montería, Córdoba?

Esta investigación es pertinente, teniendo en cuenta la importancia de conocer las vivencias de las personas mayores con trauma de cadera que permitirá identificar los factores de riesgo, el rol de enfermería como educadores y cuidadores de la salud, como también la calidad de vida de esta población, lo cual es importante en este proceso, puesto que desde la institución prestadora de salud, empieza la educación a la familia sobre los factores que modificarán los estilos de vida del adulto mayor fracturado y que consecuencias e implicaciones, trae consigo el no tenerlos en cuenta para la rehabilitación de estos pacientes.

## **1. OBJETIVOS**

Describir las experiencias de las personas mayores al vivenciar traumatismo de cadera.

Identificar qué factores del entorno de la persona mayor se afecta al sufrir traumatismo de cadera

Identificar la educación impartida al paciente y su familia sobre el cuidado en casa.

## **2. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1. TEÓRICO**

Para esta investigación se tuvo en cuenta los siguientes temas de importancia con los cuales se pretendió dar solidez teórica a la misma.

#### **2.1.1. Persona Mayor**

A través del tiempo, los conceptos de envejecimiento y vejez se han expresado de diversas formas, es por ello importante determinar los alcances y diferencias entre cada uno de los conceptos, debido a que se relacionan exclusivamente con la edad cronológica. En la Política Nacional de Envejecimiento (PENEV), se establece que la calidad de vida en la vejez y la manera como se envejece, se relaciona directamente con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales acumulados durante el transcurso vital.

La vejez como una etapa más del ciclo vital implica transformación de los roles, las conductas, las expectativas y las pautas sociales. En este sentido se ha avanzado en la incorporación del enfoque mediante la toma de conciencia frente al envejecimiento, dándose reconocimiento a la persona y no a su condición, pues sigue siendo ser humano que conserva su dignidad, por tanto, según el PENEV, se denomina hoy día Persona Mayor.

Al respecto el criterio en referencia a la población mayor es unificado por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas<sup>5</sup>, la cual establece que no debe hacerse alusión a la tercera edad, porque no son de tercera, tampoco se refiere a ellas y ellos como adulto mayor puesto que este término es excluyente

---

<sup>5</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA. UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS. Enfoque Diferencial Persona Mayor.

respecto a la perspectiva del enfoque de mujer y género, por lo cual se llegó a la conclusión que debían denominarse Personas Mayores.

La Convención Interamericana de derechos humanos de las personas mayores, define en su artículo 2º, como Persona Mayor, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los sesenta y cinco años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor

La persona mayor, como concepto y como categoría social, presenta una trayectoria dilemática. La historia muestra que han transitado en forma despareja un camino sinuoso plagado de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que decidieron la posición estratégica de la vejez en las sociedades occidentales.

Tener en cuenta a la persona mayor, no implica solamente atender las necesidades que demandan los cambios psico-físicos, que inevitablemente tienen lugar en la persona que envejece, sino también a las consideraciones socio-culturales de la edad, esto es, qué significa y cómo se envejece en un momento y lugar determinados, cuál es el rol o la función que la sociedad de jóvenes atribuye a las personas de edad, cuáles son las conductas sociales que se espera de los ancianos y, a su vez, las conductas sociales hacia los ancianos.

#### **2.1.1.1. Categorías y Rangos de Edad que Integra el Enfoque de Envejecimiento y Vejez. ENEV.**

Personas mayores jóvenes	60 a 69 años
Personas mayores adultas	70 a 79 años
Personas mayores muy mayores	80 a 89 años
Personas mayores Nonagenarias	90 a 99 años

Personas mayores centenarios	100 a 104 años
Persona mayores supra-centenarios	105 en adelante

### **2.1.2. Fractura**

Se considera que se produce una fractura cuando hay “la pérdida de continuidad de un hueso; varía desde la fisura hasta el estallido con presencia de varios fragmentos”<sup>6</sup> para el caso que nos ocupa en esta investigación se tendrá en cuenta la fractura de cadera, que según el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)<sup>7</sup>, sucede cuando hay concurrencia de un factor predisponente como osteoporosis, y un factor precipitante que en el 90% de los casos es una caída.

Las personas mayores tienen menos densidad ósea debido a la descalcificación por la edad. Esto implica un aumento de la fragilidad y una disminución de la resistencia de los huesos contra los golpes. Para las mujeres esta circunstancia es crítica, debida a la descalcificación progresiva desde más temprana edad.

#### **2.1.2.1. Fractura de Cadera**

Pueden ocurrir en la cabeza, el cuello, o el área entre o por debajo de los trocánteres (prominencias) del fémur. Las fracturas de cadera son más frecuentes en ancianos, principalmente con osteoporosis y suelen ser el resultado de caídas

---

<sup>6</sup>NIETO, Carlos. Universidad Tecnológica de Pereira. Fracturas. Disponible en línea [www.academia.utp.edu.co/pdf](http://www.academia.utp.edu.co/pdf). Consultado 6 abril de 2018

<sup>7</sup> CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD. Manejo médico integral de fractura de cadera en el adulto mayor. Guía de Referencia rápida. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-236-14. CENETEC disponible en línea [www.cenetec.salud.gob.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.pdf). Consultado 6 Abril 2018



desde el nivel del suelo. El diagnóstico se realiza mediante radiografía y, de ser necesario resonancia magnética. El tratamiento es por lo general con reducción abierta con fijación interna o, a veces hemiartroplastia o artroplastia total de cadera<sup>8</sup>. Otra definición podría ser, ruptura del hueso justo debajo de la articulación de la cadera, que está formada por la cabeza del fémur y el acetábulo en la pelvis. La mayoría de las fracturas de cadera ocurren en el fémur, una o dos pulgadas debajo de la porción esférica de la cadera.

La edad media de los pacientes con fractura de cadera está por encima de los 80 años, y casi el 80% de los fracturados son mujeres. La mayoría de las fracturas de cadera son el resultado de una caída o de un mal paso, mientras que tan sólo en el 5% de los casos de fracturas de la cadera no se encuentran datos de una acción traumática. La fractura de cadera, dada la avanzada edad de los pacientes, tiene un origen multifactorial: tendencia a caerse, fallo de los reflejos protectores de la caída y debilidad de la consistencia ósea por osteoporosis<sup>9</sup>

#### **2.1.2.2. Tipos de Fractura de Cadera**

Las fracturas de cadera más comunes son, según Yardley<sup>10</sup>, la fractura del cuello femoral, las cuales se produce a una distancia una a dos pulgadas de la articulación de la cadera. Estas fracturas son comunes entre las personas mayores y pueden tener relación con la osteoporosis. Fractura que puede causar una complicación, porque a menudo la ruptura impide el paso de la sangre a la cabeza del fémur, que forma la articulación de la cadera. Otra suelen ser la fractura intertrocantérica de cadera, la cual se produce a una distancia de tres a

---

<sup>8</sup> CAMPAGNE, Danielle. Fracturas de Cadera. Department of Emergency Medicine. University of San Francisco Fresno. Disponible en línea [www.msdmanuals.com/es](http://www.msdmanuals.com/es). Consultado 8 Abril 2018

<sup>9</sup> UNIVERSIDAD DE CHILE.Hospital Clínico. Traumatología. Fractura de cadera. Disponible en línea [www.redclinica.cl.aspx](http://www.redclinica.cl.aspx). Consultado 8 abril 2018.

<sup>10</sup> YARDLEY, P. Fracturas de cadera. Health Library Explorer. Disponible en línea. [www.carefirst.staywellsolutions](http://www.carefirst.staywellsolutions). Consultado 8 de abril 2018

cuatro pulgadas de la articulación de la cadera. Este tipo de fractura no interrumpe el flujo sanguíneo hacia el hueso y puede ser más fácil de reparar.

#### **2.1.2.3. Cuidado de las Personas Mayores con Fractura de Cadera**

El cuidado debe ir encaminado a que el persona mayor con fractura de cadera se motive por el deseo de alcanzar su bienestar mediante la utilización de su potencial. Para este caso se propone el Modelo de Promoción de la Salud, (MPS) de Nola Pender, con este Modelo se educa la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno para que pueda lograr un estado deseado de salud. Para enfermería este Modelo es importante porque se puede aplicar en el trayecto de toda la vida de la persona y es útil en una amplia variedad de situaciones.

Por otra parte, enfermería debe propender desde el momento que llega el paciente a la Institución, por la educación para mantener o recuperar su salud, la cual debe ser impartida teniendo en cuenta el estado y condición del paciente, con el objetivo de llevar a la promoción de actuaciones saludables, mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad o complicaciones de esta y de cierta manera para que logren cierto grado de independencia para el caso de las personas mayores con fractura de cadera.

#### **2.1.2.4. Educación en Salud**

La educación en salud tiene un carácter importante en el desarrollo humano, Arroyo<sup>11</sup>, ha concluido que son múltiples las implicaciones que ésta tiene para el desarrollo de actitudes y valores en los individuos, en este mismo sentido Sánchez<sup>12</sup>, sostiene que el

---

<sup>11</sup>ARROYO, Simón. ¿Qué es la educación para la salud? En Perea Quesada, R. (Dir.): Fundamentos y Justificación de la Educación para la Salud. Curso de Especialización Universitaria en España. Madrid: UNED-FUE, 1997: 11-14

fin de la educación es desarrollar todas las facultades humanas, llevando al punto más alto que puede ser, alcanzar todas las fuerzas que se anidan en el interior del ser humano. Se debe llevar a la “adquisición, por parte de la población, de conocimientos y habilidades para intervenir en las decisiones que tengan efectos sobre la Salud”<sup>13</sup>, lo cual puede representar un medio o una forma para lograr de manera positiva o negativa los procesos de promoción, prevención e intervención en salud que necesite la comunidad.

En consecuencia se espera que la población asuma responsabilidad y control sobre su propia salud, para que tomen sus propias decisiones, una vez han sido informados, educados, orientados, donde se les ha facilitado elementos de comprensión y de actuación adecuados, en un ambiente cómodo, agradable, para procurar su confianza en la expresión de sus dudas, inquietudes, creencias y miedos ante lo desconocido, verificando que lo enseñado ha sido entendido y asimilado por quien recibe la educación.

La calidad de vida es un factor cualitativo a la hora de valorar la salud de la población y la efectividad de la educación en salud que ha impartido enfermería, donde tienen en cuenta los factores psicológicos, sociales, físicos y el ambiente, como también la influencia que la enfermedad tiene en la vida de la persona mayor que vivencia su trauma de cadera.

La educación en los pacientes que son dado de alta, debe ir encaminada a los ejercicios básicos de rehabilitación, a manejar los problemas psicosociales producto del trauma, como el miedo a la dependencia y nuevas caídas.

---

<sup>12</sup> SÁNCHEZ, Juan. Kant en español. En Logos: Anales del Seminario de Metafísica. Servicio de Publicaciones, 1974. p. 195-202.

<sup>13</sup> TIZÓN BOUZA, Eva. Educación para la salud. Observatorio de enfermería basada en la evidencia. [en línea], [citado 12, abril, 2016]. Disponible en <http://www.index-f.com/blog>.

El cuidado en fractura de cadera, debe llevar a atender entre otras las siguientes necesidades del paciente.

#### **2.1.2.3.1. Movilidad**

Una persona con fractura de cadera, se siente imposibilitada para hacer movimientos en la cama por sí sola de manera inicial. El papel de enfermería durante la estancia hospitalaria es atender esta necesidad, cada vez que el paciente lo requiera o varias veces al día, para evitar problemas secundarios, que provienen de la inactividad por un tiempo prologando. Es importante hacer partícipe a la familia para que se eduque en el cuidado de estas personas cuando estén en casa.

La movilización tras la intervención debe realizarse de forma precoz. En la mayoría de los pacientes se debe intentar la transferencia de la cama a la silla al día siguiente de la cirugía y comenzar progresivamente la carga tras realizar una radiografía de control y comprobar la estabilidad de la corrección quirúrgica; es fundamental la rehabilitación temprana con el objetivo de conseguir el mismo grado de capacidad funcional y de independencia para la marcha que el paciente tenía antes de la fractura.

#### **2.1.2.3.2. Nutrición**

Se debe identificar a los pacientes malnutridos debido a que esta, incrementa entre otros el riesgo de retraso en la cicatrización o dehiscencia de heridas; aumenta la carga en los cuidados por parte de enfermería y familia y por ende produce mayor dependencia funcional por inmovilidad en las personas mayores.

#### **2.1.2.3.3. Estado Emocional**

La persona mayor con fractura tiende a deprimirse al pensar que no va a poder recuperar su movilidad anterior y va a ser una carga para su familia, por tanto el cuidado debe encaminarse a ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana y ayudarle a aceptar la necesidad de dependencia de otros.

En este caso hay que educar a la familia sobre la importancia de su participación en el cuidado emocional y físico de la persona e involucrarse de manera real en la satisfacción de las necesidades de ésta, para que no se sienta como un peso más en la familia. Teniendo en cuenta que la depresión se asocia con un incremento en la mortalidad y una menor frecuencia de recuperación de su funcionalidad a niveles previos a la fractura, la intervención debe hacerse de manera temprana.

#### **2.1.2.3.4. Manejo del Dolor**

El dolor crónico es común entre la población que envejece, mucho más que en las personas jóvenes, el infra-tratamiento del dolor tiene muchas consecuencias perjudiciales que no sólo afectan al individuo sino que también puede afectar a su familia, amigos e incluso a la sociedad en general. Según De Andrés y otros<sup>14</sup>, las afecciones que se pueden presentar como producto del no manejo del dolor está: la depresión, ansiedad, desnutrición, deterioro cognitivo, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, alteraciones funcionales, disminución de la socialización y actividades de ocio.

---

<sup>14</sup> DE ANDRÉS, Javier. ACUÑA, Juan B. OLIVARES, Alicia. Dolor en el paciente de la tercera edad. Disponible en línea [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). Consultado 8 abril 2018.

Los fármacos más empleados en el manejo del dolor en el anciano son los antiinflamatorios, opioides menores, opioides mayores y neuromoduladores. La elección del tratamiento analgésico dependerá de la intensidad del dolor y de una serie de factores individuales como la presencia de comorbilidades, interacciones entre fármacos, interacciones fármaco enfermedad, adherencia al tratamiento.

### **2.1.3. Vivencias**

La vivencia hace referencia a la experiencia subjetiva, vivencia emocional, experiencia interna y experiencia emocional de la persona o también a la experiencia que se tiene de algo<sup>15</sup>. Según Hernández<sup>16</sup>, la vivencia, como toda la subjetividad humana, está condicionada por la cultura, la sociedad, y las redes vinculares que se establecen en la misma; ella expresa la sociedad personalizada. Para este autor implica también transformación, pues lo externo, la realidad, se individualiza, siendo reestructurada y significada en función de la personalidad del individuo.

### **2.1.4. Capacidad Funcional**

El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, psicológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estas transformaciones, relacionadas entre sí, en algunas personas

---

<sup>15</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Disponible en línea. [www.dle.rae.es/srv/search/vivencia](http://www.dle.rae.es/srv/search/vivencia). Consultado 8 abril 2018

<sup>16</sup> HERNÁNDEZ, Adys. La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. Disponible en línea [www.psicopediahoy.com/psicologia](http://www.psicopediahoy.com/psicologia). Consultado 4 abril 2018.

pueden significar deterioro funcional y por ende dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria<sup>17</sup>

Por lo tanto define la capacidad funcional o funcionalidad, "la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad <sup>18</sup>

La capacidad funcional se considera como un indicador de salud de gran importancia en la población de adultos mayores, ya que brinda un acercamiento a la realidad del estado de salud de una persona, Según Forttes<sup>19</sup>, a partir del análisis de la persona se pueden diseñar estrategias de salud pública, que propenden por un estilo de vida saludable y un mayor grado de autonomía de esta población.

La recuperación de la marcha respecto al tiempo transcurrido, puede depender de la edad, en los adultos jóvenes el máximo de recuperación puede darse entre los seis meses, mientras que en las personas mayores de 84 años puede prolongarse a más de 12 meses, según Nogueras<sup>20</sup>, la capacidad funcional se puede convertir en predictor de morbilidad y mortalidad. Además de las limitaciones físicas, se

---

<sup>17</sup> GÓMEZ, Montes JF, CURCIO, CL. GÓMEZ D. Citado por GIRALDO, Clara. FRANCO, Gloria. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Disponible en línea [www.scielo.org.co/pdf](http://www.scielo.org.co/pdf). Consultado 8 de abril 2018

<sup>18</sup> Ibíd.

<sup>19</sup> FORTTES, V. Citado por GÓMEZ. Julián. Capacidad Funcional del Adulto Mayor según la Escala de Barthel en Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo. Dulce Atardecer y Renacer de Bogotá. Disponible en línea [www.repository.udca.edu.co/pdf](http://www.repository.udca.edu.co/pdf). Consultado 8 abril 2018

<sup>20</sup> NOGUERAS, Carme. Evaluación del sufrimiento en pacientes ancianos ingresados con fractura de cadera: dificultades en el uso de instrumentos. Barcelona. 2015. Disponible en línea [www.ddd.uab.cat/pdf](http://www.ddd.uab.cat/pdf). Consultado 15 mayo 2018.

produce deterioro de la autonomía personal, dependencia de los demás, sentimientos de carencia derivada de la capacidad reducida de movimientos, como también desconfianza de su propio cuerpo, sentimiento de seguridad, fragilidad y miedo.

### **2.1.5. Caídas**

Se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada<sup>21</sup>.

Las caídas ponen en riesgo la independencia de los ancianos y causan una cascada de consecuencias individuales y socioeconómicas; en las personas ancianas, según Rubenstein<sup>22</sup>, rara vez tienen una sola causa o factor de riesgo. Para esta investigadora, una caída suele ser el resultado de una interacción compleja, entre los siguientes elementos:

---

<sup>21</sup> OMS. Informe mundial sobre la prevención de caídas en los adultos mayor 2018. Disponible en línea [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls) . consultado 8 abril 2018

<sup>22</sup> RUBENSTEIN, Laurence. Caídas en los ancianos 2018. Disponible en línea [www.msmanuals.com/es](http://www.msmanuals.com/es). Consultado 11 de mayo 2018



Factores intrínsecos: Los cambios relacionados con la edad pueden afectar los sistemas comprometidos en mantener el equilibrio y la estabilidad (p. ej., mientras el paciente está de pie, camina o está sentado) y aumentar el riesgo de caídas. La agudeza visual, la percepción de los contrastes y la profundidad y la adaptación a la oscuridad se reducen. Los cambios en los patrones de activación muscular y la capacidad de generar suficiente potencia y velocidad muscular pueden afectar la habilidad de mantener o recuperar el equilibrio en respuesta a los cambios (p. ej., dar pasos sobre una superficie irregular, recibir un golpe). De hecho, la debilidad muscular de cualquier tipo es un importante predictor de caídas.

Factores extrínsecos: Los factores ambientales pueden aumentar el riesgo de caídas en forma independiente o, lo que resulta más importante, a través de la interacción con los factores intrínsecos. El riesgo es máximo cuando las condiciones del medio requieren un mayor control postural y del movimiento (p. ej., al caminar sobre una superficie resbaladiza) y cuando el entorno no resulta familiar (tras una mudanza a un nuevo domicilio). Respecto al entorno, cuando se analiza el lugar de producción de las caídas el mayor porcentaje se da en el domicilio, y con una menor frecuencia en la calle, y en lugares públicos interiores y exteriores.

Factores situacionales: Algunas actividades o decisiones pueden aumentar el riesgo de caídas y de lesiones relacionadas. A modo de ejemplo, se menciona caminar y hablar simultáneamente o distraerse con múltiples tareas concurrentes y no poder prestar atención a los riesgos del ambiente (p. ej., el final del camino o de un escalón), correr al baño (en especial durante la noche, cuando el individuo no está bien despierto o cuando la iluminación puede no ser adecuada) y apurarse para atender el teléfono.

## 2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Existen diversos estudios a nivel mundial y nacional, sobre las vivencias de las personas mayores con fractura de cadera, para este estudio se tuvieron en cuenta las siguientes.

Un trabajo realizado en México por Negrete y otros<sup>23</sup>, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la fractura de cadera y la mortalidad en los pacientes mayores de 65 años de edad, concluyó: de los 40 pacientes el 80% fueron mujeres y el 20%, fueron del género masculino, se encontró además una asociación directa entre fractura de cadera y el incremento en la mortalidad, durante los primeros seis meses.

En Barcelona una investigación realizada por Nogueras<sup>24</sup>, cuyo objetivo fue analizar el sufrimiento en fase subaguda de los pacientes ancianos hospitalizados por fractura de cadera, mediante el uso de instrumentos concluyó que, la experiencia de sufrimiento de los pacientes es individual, integral e inseparable de circunstancias personales; para valorar la naturaleza del sufrimiento es necesario establecer un vínculo afectivo, cordial y respetuoso, con el paciente mediante una comunicación abierta y no coercitiva.

Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera, es el trabajo realizado por, De La Chica y Robles<sup>25</sup>, las cuales plantearon como objetivo,

---

<sup>23</sup> NEGRETE-CORONA, J, JC. ALVARADO-SORIANO JC. REYES-SANTIAGO, LA. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles. México 2014. Disponible en línea [www.scielo.org.mx](http://www.scielo.org.mx). Consultado 15 mayo 2018.

<sup>24</sup> NOGUERAS, Carme. Op., cit.

<sup>25</sup> DE LA CHICA ARAGÓN, María y ROBLES, María. Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera. España 2015. Disponible en línea [www.index-f.com](http://www.index-f.com). Consultado 15 mayo 2018.

conocer las emociones que experimentan los pacientes tras sufrir una fractura de cadera, así como profundizar en sus vivencias y su significado en relación a la dependencia en las actividades de la vida diaria.

En este trabajo se concluyó: el dolor fue mencionado por la mayoría de los participantes en diversos grados; por otra parte, algunos pacientes comentan que se valen de dispositivos para la realización de ciertas tareas, sin los cuales no podrían llevarlas a cabo y otros por el contrario no relacionan estos utensilios como ayuda imprescindible ya que al preguntarle por las actividades en las que necesitan ayuda algunos sólo mencionaban aquellas en las que requieren de una persona; otros participantes del estudio valoran positivamente la relación con los cuidadores; la dependencia también es expresada por los informantes, la cual la valoran como aquellas tareas en las que necesitan ayuda y no podrían realizar solos. La mayoría requieren de ayuda para bañarse, vestirse y acostarse; todos los participantes admitieron que, haber sufrido la fractura de cadera les había afectado a su estado emocional, en diferentes grados y de diferentes formas, en algunos participantes su estado emocional actual se ve envuelto en el pasado, en recordar que actividades podían realizar antes de sufrir la fractura.

### **2.3. MARCO LEGAL**

Dentro de las Normas, Leyes y Resoluciones en Colombia para la protección de la Persona Mayor, se tienen las siguientes: Ley 1850/2017, donde se establecen fuertes medidas de protección al adulto mayor y penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono, entre otras disposiciones. Entre otras, establece que el que someta a condición de abandono y descuido a una persona mayor, con 60 años de edad o más y afecte sus necesidades de higiene, vestuario, alimentación y salud, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años y una multa de uno a cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En el artículo 7° de la Ley 1251/2008 reglamenta que se debe incluir medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares personas mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental.

En el artículo 34 de la Ley 1251/2008, las personas mayores tienen derecho a los alimentos y demás medios para su mantenimiento físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social serán proporcionados por quienes se encuentran obligados de acuerdo con la Ley y su capacidad económica.

Se refiere además a las estrategias, políticas, programas, proyectos y acciones que debe poner en marcha el Estado para los adultos, así como a los derechos que tienen estas personas en materia de nutrición, habitación, vestuario, afiliación al sistema general de seguridad social, recreación y cultura, entre otros.

## **2.4. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.4.1. Fractura de Cadera**

Es la pérdida de la continuidad ósea en el fémur uno de los huesos que conforman la cadera, las cuales se presentan en un mayor porcentaje en las personas mayores de 65 años en su mayoría mujeres, por lo general la principal causa que desencadena este accidente es una caída.

### **2.4.2. Vivencias**

Es el conjunto de experiencias que generan un aprendizaje y además construyen al ser emocional de las personas, las cuales se pueden decir que están determinadas por factores sociales, culturales, económicos y familiares, que influyen en las experiencias y contribuyen en hacerlas positivas o negativas para la persona que las experimenta.

### **2.4.3. Persona Mayor**

Se considera persona mayor aquella en la cual han ocurrido cambios a nivel fisiológico, anatómico y cognitivo, gracias al paso de los años se ven deterioradas algunas funciones y que su edad va de 60 años en adelante.

### **2.4.4. Capacidad Funcional**

La facultad presente de una persona para realizar actividades diarias sin necesidad de supervisión, asistencia, dirección; es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad dentro de un amplio número de actividades con complejidades que valoran la salud y la capacidad funcional de ancianos con dependencia.

#### **2.4.5. Caídas**

Se definen como la consecuencia de cualquier evento que acelera a cualquier persona a llegar al suelo o a una superficie firme en contra de su voluntad, esta suele ser repentina e involuntaria.

#### **2.4.6. Educación En Salud**

Busca crear en la persona el impulso para el desarrollo de sus capacidades en pro de su bienestar, modificando de manera positiva los factores del entorno para adecuarlos a sus necesidades y de esta manera mantener o mejorar el estado de salud.

#### **2.4.7. Dolor**

Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, el dolor puede ser agudo y de corta duración o crónico y a largo plazo.

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo cualitativo, donde se pretende describir la experiencia de las personas mayores que han sufrido trauma de cadera, aquí se hace importante conocer de viva voz el significado que le otorgan a la experiencia de vivir con este suceso, lo que puede llevar a enfermería a trazar planes de cuidados más específicos de acuerdo a la diversidad e individualidad de situaciones que se presentan en los sujetos de cuidado que tienen las experiencias de esta índole.

En esta investigación se utilizó la fenomenología como orientación teórico-metodológica; para Husserl<sup>26</sup>, la fenomenología, es el estudio de las experiencias tal como se presentan y la manera en que se vive por las propias personas.

Para dar respuesta al objetivo planteado en el estudio: Describir las experiencias de las personas mayores al vivenciar traumatismo de cadera, en la ciudad de Montería, se trazaron los siguientes interrogantes:

<b>QUIÉN</b> Personas mayores entre 65 a 90 años	Vivencias del Adulto con Fractura de Cadera  Caracterización sociodemográfica de los participantes  Educación impartida sobre el cuidado en casa.	<b>POR QUÉ</b> Comprender las experiencias de vida después de la fractura
<b>QUÉ</b> Vivencias de las personas participantes en el estudio		<b>CÓMO</b> Mediante observación directa y entrevista semiestructurada
<b>DÓNDE</b> La ciudad de Montería		<b>CUÁNDO</b> De febrero a mayo 2018

#### 3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO

---

<sup>26</sup>HUSSERL, Edmund. Citado por LÓPEZ, Marsolys. En Investigación cualitativa. Tipo fenomenológica. Disponible en línea [www.hilanasuskys.blogspot.com.co](http://www.hilanasuskys.blogspot.com.co). Consultado 10 abril 2018.

Ciudad de Montería

### **3.3. SUJETOS DE ESTUDIO**

Personas mayores, con edades comprendidas entre 65 a 90 años

#### **3.3.1. Muestra.**

Para la escogencia de la muestra se tuvo en cuenta los criterios de suficiencia y adecuación de los datos, teniendo en cuenta que se buscaba cantidad y calidad en la información recolectada, antes que el número de sujetos entrevistados. La suficiencia de la información se consiguió en la aplicación de la quinta entrevista, cuando se llegó a la saturación teórica, es decir cuando la nueva información obtenida de los informantes no aportaba nada nuevo. Para la adecuación se tuvo en cuenta en la selección de las respuestas de acuerdo con las necesidades teóricas del estudio.

### **3.3. UNIDAD DE ANALISIS**

Personas mayores con edades comprendidas entre 65 a 90 años, que hayan sufrido fractura de cadera. Participación voluntaria para el estudio, con diligenciamiento de Consentimiento Informado

### **3.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada, que fue grabada en audio y luego transcritas en formato de Word, guardando la fidelidad de la información dada por los participantes del estudio.

Los informantes fueron seleccionados mediante la base de datos de una Institución de Salud de la ciudad de Montería, donde fueron atendidos en la fase inicial de su trauma, de estos se tomaron 10 casos, teniendo en cuenta las edades, lugar de residencias y tiempo transcurrido del accidente. El primer acercamiento fue vía telefónica, donde se le explicaba el motivo de la llamada y



pedirles su autorización para la realización de una visita. En la primera visita se hizo la presentación formal de las investigadoras, explicación de manera detallada de los alcances de la investigación, el porqué de la investigación y se concertó una segunda visita.

En la segunda visita se les informó del Consentimiento Informado y la necesidad de firmar, previa explicación y comprobación de su entendimiento y consentimiento, luego se procedió a la aplicación de la entrevista semiestructurada. Se hizo anotaciones sobre gestos, posturas y comportamiento en general de los informantes, con el ánimo de tener mayor información para la discusión, el punto de saturación se obtuvo después de entrevistar a cinco informantes.

Una vez obtenida la saturación teórica con los informantes del estudio se procedió a realizar la depuración de la información, para ello se transcribieron textualmente los audios de las entrevistas en formato Microsoft Word, organizando la información de manera cronológica. La información recolectada fue analizada por los investigadores, revisando la fidelidad de la transcripción.

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Personas mayores con edades comprendidas entre 65 a 90 años, que habían sufrido trauma de cadera, estar en capacidad mental para responder las preguntas y participación voluntaria en el estudio.

### **3.6. CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES**

La presente investigación se encuentra dentro de la clasificación de bajo riesgo según la Resolución 8430 de 1993, pues no se hará ningún tipo de intervención que pueda alterar o dañar la integridad física o emocional de los informantes.

Además, se contó con el Consentimiento Informado, previa explicación a cada informante de su participación en el estudio, la cual es de carácter voluntario, teniendo la libertad de aceptar o negarse a participar en el proceso sin presentar consecuencia alguna o repercusión si toma la decisión de retirarse en el momento que desee.

Los nombres de los participantes se mantendrán bajo los criterios de confidencialidad, para lo cual se tomaron nombres de flores, para proteger su identidad, solo los investigadores saben cuál es el nombre y la información dada por los éstos. Los datos obtenidos se manejaron de manera confidencial en todo momento y su uso será de carácter académico.

#### 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información primero se tuvo en cuenta la caracterización sociodemográfica de los participantes en el estudio, como se muestra a continuación.

Informantes		Grupo 1		Grupo 2		Total	
Edad		65 – 75		76 – 86			
		N°	%	N°	%	N°	%
Sexo	Masculino	0	0%	1	20%	1	10%
	Femenino	2	40%	2	40%	4	90%
Estrato socioeconómico	Estrato 1	1	20%	1	20%	2	40%
	Estrato 2	2	40%	0	0%	2	40%
	Estrato 3	0	0	1	20%	1	20%

**Fuente:** Experiencias del adulto mayor al vivenciar fractura de cadera

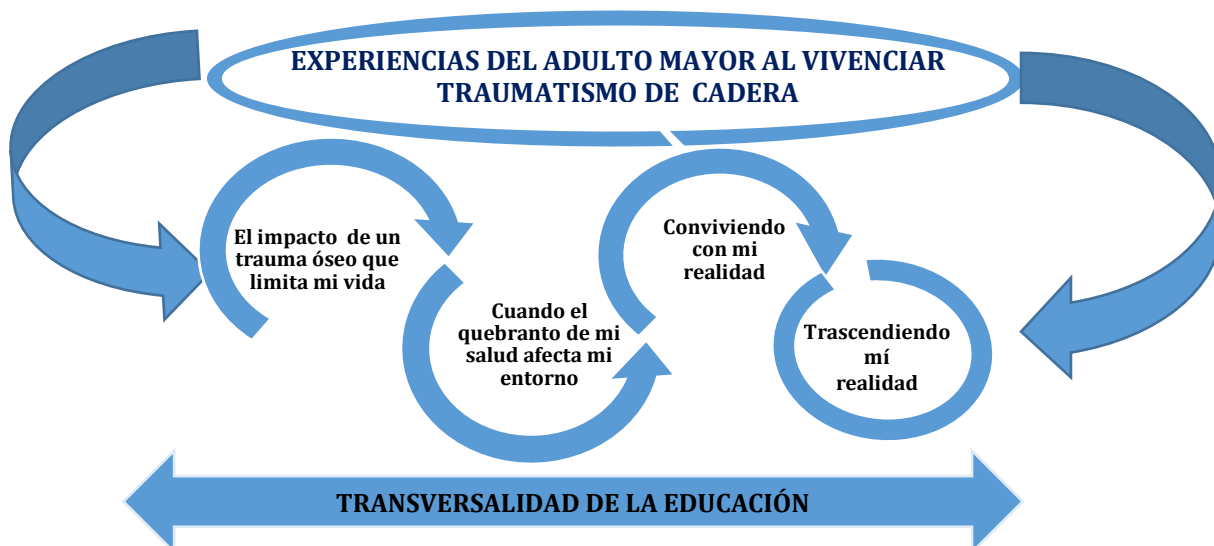
Se observa que, del total de informantes, dos tienen edades comprendidas entre 65 a 75 años y tres con edades entre 76 a 86 años. El 90% es de sexo femenino; al respecto Jara<sup>27</sup> sostiene que, la fractura de cadera en mujeres es más frecuente que en hombres, esto debido quizá a la osteoporosis producto de la menopausia y la consecuente falta de estrógenos. El estrato socioeconómico al que pertenecen está entre el uno, dos y tres.

<sup>27</sup> JARA, Lura. La fractura de cadera en el adulto mayor. La importancia de la enfermera en la rehabilitación. precoz. Disponible en línea [www.repositorio.unican.es](http://www.repositorio.unican.es). Consultado 10 mayo 2018.

#### 4.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El primer paso a tener en cuenta para la presentación de los resultados fue la elaboración de la estructura teórica o esquema comprensivo, en el cual se muestra las experiencias de la persona mayor al vivenciar traumatismo de cadera, este evento se representa mediante una cadena de eslabones donde están ubicadas unidades que guardan íntima relación entre sí. La primera unidad es el Impacto del trauma de cadera, el cual puede producir sentimientos negativos en la persona mayor; seguido de este proceso, se encuentra la segunda unidad, donde la persona mayor vivencia su quebranto de salud, afectando su entorno personal, social, familiar y económico; como tercera unidad, se muestra como vive la persona mayor con su realidad y, finalmente la última unidad que corresponde a la trascendencia de la persona mayor de esa realidad. Para toda esta vivencia es importante tener en cuenta la educación en salud por parte de enfermería, con la cual se pretende producir cambios significativos en el paciente y la adaptación a su nueva condición, para que pueda lograr un estado de salud deseado a pesar de sus limitantes.

**Gráfico 1. Esquema comprensivo de las experiencias de la persona mayor al vivenciar traumatismo de cadera**



En segunda instancia se procedió a la revisión de las unidades de significados para agrupar las categorías según sus similitudes conceptuales y semánticas, dando origen a las subcategorías, las cuales surgieron del análisis de las narrativas de los participantes donde relatan sus experiencias, a partir del traumatismo de cadera, como se muestra a continuación en la tabla 4.

**Tabla 4. Categorías y subcategorías**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>SUBCATEGORÍAS</b>
<b>EL ENCUENTRO CON LA REALIDAD</b>	Fatalidad
	Resignación
	Una luz de esperanza
<b>REPERCUSIÓN EN EL ENTORNO</b>	Familiar
	Económico
	Social
	Personal
<b>VIVIR MI REALIDAD</b>	Dolor como parte de mi vida
<b>TRANSCENDIENDO MI REALIDAD</b>	Cuidando al otro
	Pensando en mi independencia
<b>EDUCAR PARA ADAPTAR</b>	Sin herramientas para identificar las necesidades en salud
	La educación es cosa de todo el equipo de salud
	Educación incompleta
	Desconociendo al sujeto de cuidado

## **4.2. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS**

De la Unidad el Impacto de un Trauma Óseo que Limita mi vida, se obtuvo la primera categoría así:

### **4.2.1. EL ENCUENTRO CON LA REALIDAD.**

El impacto de recibir una noticia desagradable, puede llevar a quien la recibe a vivenciar un proceso de duelo, siendo la negación la primera situación manifestada que se vive en este proceso, aquí la persona quiere huir de lo inevitable.

#### **4.2.1.1. Subcategoría, Adversidad**

*“Eso fue fatal yo daba gritos”*

***Margarita***

Según la Asociación Americana de Psicología, cuando la persona mayor recibe un trauma en el que se ve involucrado el funcionamiento de su cuerpo, lo más probable es que su reacción sea incontrolable, al experimentar dolor, temor y hasta ira, así pues, el shock ocurriría en esta fase. La familia y personal de salud son pieza clave en el manejo de este tipo de reacciones agudas.

Es importante tener en cuenta que la reacción de un paciente determinado ante una mala noticia, muchas veces va a depender básicamente de su personalidad, creencias religiosas, apoyo familiar percibido y el medio cultural en el que se desenvuelve.

#### **4.2.1.2. Subcategoría, Desesperanza**

La cirugía en personas mayores, muchas veces no es exitosa debido al estado degenerativo en que se encuentran sus tejidos y órganos, quizá en esos

momentos se debe ser cauteloso para informar al paciente y su familia de la condición de salud del paciente.

*“Desperté y escuche que el médico le decía a mi hija que había que esperar, no doy seguridad de que vuelva a caminar, su edad es muy avanzada, ... [silencio] en ese momento sentí que el mundo se me iba”*

**Azucena**

En este caso el médico puede hacer las cosas técnicamente bien, pero el paciente y/o la familia no lo perciben de la misma manera, sobre todo cuando el trauma ha sido reciente y no se ha logrado superar el impacto.

Al respecto García<sup>28</sup>, sostiene que en la persona mayor es importante tener en cuenta como se le informa de un diagnóstico, debido a que tiene una menor capacidad para asimilar una información compleja y con mucha frecuencia tienden a malinterpretar los mensajes suministrados por el médico.

#### **4.2.1.3. Subcategoría Resignación**

La enfermedad puede impactar a la persona en diferentes niveles: físico, psíquico, social. Al respecto Rizo, sostiene que cuando la persona sufre un impacto y asume una actitud de resignación sufre más, al seguir esperando que la situación sea de otra forma y no como es en la que vive en la actualidad.

*“Bueno ya no caminaba bien, me dio tristeza... [Silencio], aja”*

**Bonche**

*“Que voy hacer, esperar ya no me puedo ni parar... [Silencio]”*

**Bastón del Rey**

---

<sup>28</sup> GARCÍA, F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Disponible en línea [www.scielo.isciii.es](http://www.scielo.isciii.es). Consultado 15 mayo 2018.

La resignación lleva a sufrir a las personas, porque siguen esperando día a día a que la situación que están viviendo sea superada y al no alcanzar sus expectativas se encierran y quedan atrapada en ella, compadeciéndose de sí mismas, hasta sintiéndose víctimas y no hacen nada al respecto.

#### **4.2.1.4. Subcategoría, Una luz de esperanza**

*“Uch, lloré mucho... grité y dije que no me operaran, luego me explicaron que así tenía la oportunidad de volver a caminar”*

**Rosa**

El trauma de cadera puede representar para la persona mayor duda, dolor e incertidumbre que se generan en el momento mismo del diagnóstico. Una vez conocido el diagnóstico se despiertan sentimientos de desconcierto, puesto que para ellos significa incapacidad para realizar las tareas que hacían de manera independiente, en ese momento es importante informar los alcances de la cirugía y la posibilidad de lograr su recuperación, lo cual puede cambiar razonablemente el panorama para el paciente.

*“Bueno, con la esperanza puesta en Dios, que me ayude y no me enferme”*

**Azucena**

El concepto que tengan las personas a través de su vida de lo sagrado y de cómo viven su espiritualidad y de “las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida, dan origen a muchas conductas, sentimientos y pensamientos, que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida”<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> SAN MARTÍN, Cecilia. La Espiritualidad en el Proceso de Envejecimiento del Adulto Mayor. Tesis. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Disponible en línea [www.cienciared.com.ar/ra/usr.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr.pdf). Consultado 1 junio 2018.



En este mismo sentido la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de las personas mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento; por tanto, entre mayor sea la participación en actividades o ceremonias religiosas, la salud de la persona mayor será más beneficiada, teniendo en cuenta que se promueven conductas y estilos de vida más saludables, y también, porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento

#### **4.2.2. CATEGORIA REPERCUSIÓN EN EL ENTORNO**

##### **4.2.1 Subcategoría, Entorno Familiar**

El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, psicológicos y fisiológicos, de acuerdo a Gómez<sup>30</sup> y otros, estas alteraciones pueden influir sustancialmente en la vida del individuo, al vivenciar nuevas experiencias por las limitaciones físicas que llevan a mermar su independencia.

*“Todo es con ayuda de mis nietos y de mi nuera”*

***Bonche***

De acuerdo a Pinzón y Carrillo, el cuidado de un paciente con una enfermedad crónica dependiente supone un exceso de trabajo para los cuidadores a cargo, generando cambios importantes en la vida de aquella persona designada como cuidador familiar. En este mismo sentido Delgado y otros<sup>31</sup>, sostienen que la familia es el principal agente proveedor de cuidados para personas dependientes,

##### **4.2.2. Subcategoría, Entorno Social.**

---

<sup>30</sup> GÓMEZ, Montes JF, CURCIO, CL. GÓMEZ D. Citado por GIRALDO, Clara. FRANCO, Gloria. Op. cit.,

<sup>31</sup> DELGADO, Juan, et al. Consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos operados. Disponible en línea: [www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu). Consultado 28 mayo 2018.

La Salud Social es la capacidad de las personas de funcionar como miembros de la comunidad e incluyen indicadores de cómo las personas se relacionan con otras en cuanto a sus interacciones personales y su participación social.

*“Yo tenía mis amigas a las que les cosía, pero ya como no hago nada,  
no me visitan y como yo solo voy al médico”*

**Margarita**

*“Voy a la iglesia los domingos... pero hay días, no tengo quien me lleve”*

**Rosa**

La persona se desarrolla dentro de un contexto social el cual puede sufrir modificaciones en el tiempo, de acuerdo a las circunstancias presentadas. Por tanto, la calidad de vida es posible si existe una adecuada interacción con otras personas. Según Aranibar<sup>32</sup>, no solamente es la edad la puede conducir a la desvinculación social; cuando esta ocurre, se puede deber también circunstancias asociadas, como la mala salud, que lleva a la pérdida de amistades.

#### **4.2.3. Subcategoría, Entorno Económico.**

Los indicadores de dependencia económica se refieren a los recursos disponibles para las personas, los cuales según Rodríguez<sup>33</sup>, les permiten participar significativamente en el ámbito económico y social de acuerdo con los estándares sociales establecidos, las personas que de alguna manera dejan de generar recursos para su sustento, pueden llegar a la pérdida de la independencia, causando así que miembros de la unidad familiar se recarguen con sus gastos

---

<sup>32</sup> ARANIBAR, Paula. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Santiago de Chile. Disponible en línea [www.archivo.cepal.org.pdf](http://www.archivo.cepal.org.pdf). Consultado 1 junio 2018.

<sup>33</sup> RODRÍGUEZ, Karen. Vejez y envejecimiento. Universidad del Rosario Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Disponible en línea [www.urosario.edu.co.pdf](http://www.urosario.edu.co.pdf). Consultado 2 junio 2018.

*“Es muy difícil porque ajá, mis hijos tienen su familia.... y ajá con su trabajito y tienen que responder por mí” ... [Baja la cabeza, tristeza]*

**Bonche**

Una persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad, ante la posibilidad de no poder proveer de manera autónoma para sí mismo se hace aún más vulnerada, al no tener para disfrutar del tiempo libre y recreación.

#### **4.2.4. Subcategoría, Entorno Personal**

*“Yo trabajaba en las costuras, me da guayabo y me da mucha tristeza ver lo que antes hacía y ya no hago”*

**Margarita**

Según Delgado y otros, la situación de dependencia de la persona mayor con trauma de cadera, puede pasar desde el aislamiento familiar, social, pérdida de roles, pérdida de autoestima, hasta pérdida de expectativas ante la vida, llegando a un real deterioro que afectan significativamente a la persona.

### **4.3. CATEGORÍA, VIVIR MI REALIDAD**

#### **4.3.1. Subcategoría, El dolor Como Parte de Mi Vida**

*“Siempre siento dolor en la cadera, pero si trajino mucho más me duele”*

**Azucena**

*“He tenido dolor en la pierna por la platina y no puedo mantenerme firme”*

**Bonche**

*“Mucho dolor en la pierna, siempre tengo que estar tomando analgésico, aunque me hagan terapias”*

**Rosa**

*“Dolor en la cadera, me hincho todita, ya uno no vuelve hacer la misma”...  
[Silencio, rostro de angustia y desesperanza]*

**Margarita**

El dolor es el síntoma más frecuente en todas las enfermedades. Cuando aparece un dolor agudo, la persona siente daño de manera brusca y relativamente grave, llevándola a un deterioro funcional crónico, impidiendo que realice sus actividades diarias y dejando de ser útil para convertirse en un problema personal, laboral y social. En una investigación realizada por De La Chica y Robles sobre, Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera, encontraron que los participantes del estudio manifestaron que el dolor se presentaba en diversos grados, que no era repentino y en situaciones imprevisibles, si no que solía ocurrir en los mismos momentos a lo largo del día, como por ejemplo cuando realizan los ejercicios de rehabilitación.

En consecuencia, para un buen manejo del dolor es necesario realizar una continua valoración del paciente con trauma de cadera y verificar como se está manejando la analgesia, sobre todo en los procesos crónicos, con el fin de lograr que se mejore el bienestar y la calidad de vida del mismo, al favorecer su movilización y recuperación.

#### **4.4. CATEGORÍA EDUCAR PARA CREAR OPORTUNIDADES**

La educación en salud debe ser parte importante en el cuidado de la salud de las personas con trauma de cadera, con el objeto de llevarlos al autocuidado, autonomía e independencia, mediante el apoyo y motivación para que puedan realizar, dentro de las medidas posibles, las actividades de la vida diaria.

#### **4.4.1. Subcategoría, Sin Herramientas para Identificar las Necesidades de Salud.**

*“no a mí no me enseñaron nada”*

**Margarita**

La Educación para la Salud, como herramienta de la Promoción de la Salud, debe proporcionársela al paciente y familia, la cual conlleva a facilitar cambios de conducta o estilos de vida saludables, como también para que las personas conozcan y analicen las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en su salud y así poder transfórmalas. Para Castro y otros<sup>34</sup>, la educación en salud se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía de la persona, porque ofrece más oportunidades a las personas en todas las dimensiones, lo cual es clave para el desarrollo humano, llevándolos a la libertad personal para controlar y mejorar sus vidas.

#### **4.4.2. Subcategoría, La Educación es Cosa de Todo el Equipo de Salud**

*“Si el médico me explico cómo debía cuidarme [...] que no podía hacer ciertas cosas, que no podía estar mucho tiempo de pie, que cuidado con el piso mojado”*

**Azucena**

La educación continua y personalizada debe hacerse desde el primer contacto con el paciente y corre a cargo de todo el equipo interdisciplinario, siendo la enfermera una pieza clave en el logro de los objetivos educativos, durante la estancia hospitalaria y una vez es dado de alta.

#### **4.4.3. Subcategoría, Educación incompleta**

---

<sup>34</sup> CASTRO, Laura. RINCÓN, Mauricio. GÓMEZ, Dustin. Educación para la salud: una mirada desde la antropología. Disponible en línea [www.scielo.org.co](http://www.scielo.org.co). Consultado 31 mayo 2018.

Los profesionales de Enfermería tienen la responsabilidad, al igual que otros profesionales de la salud, de educar tanto a pacientes como a sus familiares. Según Pender, la educación debe llevar el propósito de comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas, particularmente a partir del concepto de autoeficacia, porque son partícipes de su cuidado

*“Si, si, una enfermera me dijo... ajá como curar la herida y ya”*

**Rosa**

La educación al paciente incluye la enfermedad, sus causas, signos y síntomas, cómo reconocerlos y cómo identificar los tratamientos instaurados, el propósito esperado y los posibles efectos colaterales, así como el autocuidado personal, que incluye dieta, ejercicios, restricciones, entre otros. Este proceso educativo se realizará durante la hospitalización hasta el momento en que la persona es dada de alta.

En el caso de la persona mayor es importante tener en cuenta los problemas psicosociales producto del trauma que se puedan presentar, como el miedo a la dependencia, a no poder hacer nada, a la soledad y sobre todo a dejar de movilizarse por temor a nuevas caídas. La educación como asesoramiento oportuno del personal de enfermería contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Uno de los roles más importantes para el personal de enfermería es el de ser educadores por excelencia, donde al realizar actividades educativas logran cambios en el comportamiento de las personas, familias y comunidad.

#### **4.4.4. Subcategoría, Desconocimiento del sujeto de cuidado**

*“Creo que le dieron las explicaciones a mis hijos”*

**Bonche**

La Educación en Salud, busca la integración y participación del propio interesado en el proceso de su salud, fomentando en todo momento la autonomía para la toma de decisiones e involucrarlo en todo lo relacionado con su tratamiento, de tal manera que los profesionales en enfermería deben ser facilitadores de información y proporcionar los instrumentos necesarios para el autocuidado y toma de decisiones pertinentes que debe tomar el paciente.

#### **4.5. TRANSCENDIENDO MI REALIDAD**

##### **4.5.1. Subcategoría, Cuidando al Otro**

*“Bueno ahora con este señor (el señor le amputaron la pierna por diabetes)  
me ha tocado cuidarlo sola pero con mi bastoncito yo estoy ahí”*

**Azucena**

En la relación de parejas de ancianos, se puede “observar el apoyo recíproco que se da dentro de un frágil equilibrio y de un lento deterioro de los dos”<sup>35</sup>, en esta relación el apoyo es mutuo y afloran sentimientos de culpa, ternura, compasión, tristeza o impotencia, angustia por la muerte, ante la suya y la del otro. Para Pacheco y otros<sup>36</sup>, el hecho de que el cuidador sea anciano provoca que se pregunte acerca de quién continuará cuidando al otro en el caso de que muera primero o si enferma o pierde autonomía y si es incapaz de continuar cuidando.

##### **4.5.2. Pensando en Mí Independencia**

*“Toda la vida he sido una mujer independiente ahora yo me siento como inútil...  
esto es tremendo, pero con la ayuda de Dios construiré un apartamento para mí  
sustento”*

**Rosa**

---

<sup>35</sup> PACHECO, María, Et. Al. Anciano que cuida a anciano. Disponible en línea [www.scielo.es/art](http://www.scielo.es/art). Consultado 1 junio 2018.

<sup>36</sup> Ibíd.

Una persona mayor puede ser independiente para ejecutar las actividades de la vida diaria que conforman su desempeño ocupacional pero no posee la autonomía para decidir en qué momento y de qué forma quiere realizar dichas actividades; o por el contrario, cuando la persona sufre trauma de cadera puede presentar un compromiso motriz que le genere limitaciones para realizar las actividades (grado de dependencia) pero tener la capacidad de autonomía para decidir cómo llevar a cabo esas actividades, más allá de la ayuda o asistencia que necesite.

Según Crandall<sup>37</sup>, la percepción de bienestar o malestar económico está relacionada con las formas en que se experimentan otros aspectos de la vejez, como soledad, depresión, inseguridad, anomia, jubilación, que podrían conjugarse para forzar una visión negativa de las posibilidades económicas; por el contrario, una buena situación económica puede condicionar una percepción de bienestar generado en la vejez, así el concepto de bienestar económico permite analizar una cantidad importante de los factores que condicionan el bienestar en la vejez.

---

<sup>37</sup> CRANDALL. Citado por ARANIBAR, Paula. Op., cit.



## **5. CONCLUSIONES**

De los participantes en el estudio, el 60% están en edades entre 76- 86 años; el 80% es de sexo femenino, el estrato socioeconómico de todos, está en los estratos uno, dos y tres.

El primer impacto vivenciado por al recibir el trauma de cadera fue de fatalidad al conocer el diagnóstico, por el dolor que sentían y las implicaciones que les generaba el trauma de cadera. Para otros significo desesperanza sobre todo por no saber si podían volver a caminar.

Una vez fueron dados de alta y ver que su recuperación no era la esperada, para algunos, la actitud asumida fue de resignación.

El trauma para los participantes, afecto su entorno económico, familiar, social y personal.

En cuanto a la educación, se obtuvo mediante la entrevista a los informantes que esta fue dada a los familiares, para otro solo el médico le explico que debía hacer y la enfermera solo les explico cómo debían curarse.

## **6. RECOMENDACIONES**

A Enfermeras/os y estudiantes de Enfermería

Concientizarse de la necesidad de educar a la persona, familia y comunidad, para su autocuidado, teniendo en cuenta que éstas pueden ayudar a elevar el nivel de salud personal y estar potencialmente en disposición de eliminar los riesgos de la enfermedad o secuelas que puedan quedar.

A las Instituciones prestadoras de Salud

Elaboración y cumplimiento de protocolos referente a la educación que debe ser impartida a los pacientes desde que ingresen hasta cuando sean dados de alta, verificando que se ha entendido todo lo impartido.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARANIBAR, Paula. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Santiago de Chile. Disponible en línea [www.archivo.cepal.org.pdf](http://www.archivo.cepal.org.pdf). Consultado 1 junio 2018.

ARROYO, Simón. ¿Qué es la educación para la salud? En Perea Quesada, R. (Dir.): Fundamentos y Justificación de la Educación para la Salud. Curso de Especialización Universitaria en España. Madrid: UNED-FUE, 1997: 11-14.

AULA VIRTUAL ENFERMERIA Y EDUCACION PARA LA SALUD. Enfermería y educación para enfermería. Disponible en línea [www.es.slideshare.net](http://www.es.slideshare.net). Consultado 2 junio 2018

CAMPAGNE, Danielle. Fracturas de Cadera. Department of Emergency Medicine. University of San Francisco Fresno. Disponible en línea [www.msmanuals.com/es](http://www.msmanuals.com/es). Consultado 8 Abril 2018.

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-236-14. CENETEC. Disponible en línea [www.cenetec.salud.gob.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.pdf). Consultado 6 Abril 2018

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD. Manejo médico integral de fractura de cadera en el adulto mayor. Guía de Referencia rápida.

DE LA CHICA ARAGÓN, María y ROBLES, María. Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera. España 2015. Disponible en línea [www.index-f.com](http://www.index-f.com). Consultado 15 mayo 2018.

DELGADO, Juan, et al. Consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos operados. Disponible en línea: [www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu). Consultado 28 mayo 2018.

FORTTES, V. Citado por GÓMEZ. Julián. Capacidad Funcional del Adulto Mayor según la Escala de Barthel en Hogar Geriátrico Santa Sofía de Tenjo. Dulce Atardecer y Renacer de Bogotá. Disponible en línea [www.repository.udca.edu.co.pdf](http://www.repository.udca.edu.co.pdf). Consultado 8 abril 2018

GONZÁLEZ, Regla. Et., al. Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral. Disponible en línea [www.scielo.sld.cu](http://www.scielo.sld.cu). Consulta 3 abril 2018.

GÓMEZ, Montes JF, CURCIO, CL. GÓMEZ D. Citado por GIRALDO, Clara. FRANCO, Gloria. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Disponible en línea [www.scielo.org.co.pdf](http://www.scielo.org.co.pdf). Consultado 8 de abril 2018

HERNÁNDEZ, Adys. La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. Disponible en línea [www.psicopediahoy.com.psicologia](http://www.psicopediahoy.com.psicologia). Consultado 4 abril 2018.

HUSSERL, Edmund. Citado por LÓPEZ, Marsolys. En Investigación cualitativa. Tipo fenomenológica. Disponible en línea [www.hilanasuskys.blogspot.com.co](http://www.hilanasuskys.blogspot.com.co). Consultado 10 abril 2018.

LORENZO, Laura. Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. INE. España. Disponible en línea [www.ine.es.pdf](http://www.ine.es.pdf). Consultado 4 abril 2018.

NEGRETE-CORONA, J, JC. ALVARADO-SORIANO JC. REYES-SANTIAGO, LA. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores

de 65 años. Estudio de casos y controles. México 2014. Disponible en línea [www.scielo.org.mx](http://www.scielo.org.mx). Consultado 15 mayo 2018.

NIETO, Carlos. Universidad Tecnológica de Pereira. Fracturas. Disponible en línea [www.academia.utp.edu.co.pdf](http://www.academia.utp.edu.co.pdf). Consultado 6 abril de 2018

NOGUERAS, Carme. Evaluación del sufrimiento en pacientes ancianos ingresados con fractura de cadera: dificultades en el uso de instrumentos. Barcelona. 2015. Disponible en línea [www.ddd.uab.cat.pdf](http://www.ddd.uab.cat.pdf). Consultado 15 mayo 2018.

OMS. Informe mundial sobre la prevención de caídas en los adultos mayor 2018. Disponible en línea [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls) . consultado 8 abril 2018

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Los accidentes en las personas mayores. Los accidentes como problema de salud. Disponible en línea [www.madridsalud.es](http://www.madridsalud.es). Consultado 19 marzo 2018.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Disponible en línea. [www.dle.rae.es/srv/search.vivencia](http://www.dle.rae.es/srv/search.vivencia). Consultado 8 abril 2018

REPUBLICA DE COLOMBIA. UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VICTIMAS. Enfoque Diferencial Persona Mayor. [www.unidadvictimas.gov.co/es/473](http://www.unidadvictimas.gov.co/es/473). Consultado 8 abril 2018

RUBENSTEIN, Laurence. Caídas en los ancianos 2018. Disponible en línea [www.msmanuals.com/es](http://www.msmanuals.com/es). Consultado 11 de mayo 2018

SÁNCHEZ, Juan. Kant en español. En Logos: Anales del Seminario de Metafísica. Servicio de Publicaciones, 1974. p. 195-202.

SAN MARTÍN, Cecilia. La Espiritualidad en el Proceso de Envejecimiento del Adulto Mayor. Tesis. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Disponible en línea [www.cienciared.com.ar/ra/usr.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr.pdf). Consultado 1 junio 2018

TIZÓN BOUZA, Eva. Educación para la salud. Observatorio de enfermería basada en la evidencia. [ en línea], [citado 12, abril, 2016]. Disponible en <http://www.index-f.com/blog>

UNIVERSIDAD DE CHILE. Hospital Clínico. Traumatología. Fractura de cadera. Disponible en línea [www.redclinica.cl.aspx](http://www.redclinica.cl.aspx). Consultado 8 abril 2018.

VLADIMIRO, Fidel. Fracturas en el adulto mayor. Disponible desde. [www.es.scribd.com](http://www.es.scribd.com). Consultado 4 abril 2018

YARDLEY, P. Fracturas de cadera. Health Library Explorer. Disponible en línea. [www.carefirst.staywellsolutions](http://www.carefirst.staywellsolutions). Consultado 8 de abril 2018

## **ANEXOS**

### **ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado/a participante del proyecto de investigación “EXPERIENCIAS DE LA PERSONA MAYOR AL VIVENCIAR FRACTURA DE CADERA” me permito informar a usted: Que, con el propósito de conocer y comprender la experiencia de vida durante su fractura, lo/a invito a participar y colaborar en este proyecto que tiene por finalidad aportar conocimiento al cuidado de enfermería para mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido fractura de cadera.

La información suministrada por Usted en la entrevista, es muy importante para alcanzar el propósito trazado, usted podrá participar en la interpretación de la información, para verificar su aporte.

El estudio no ofrece ningún riesgo para Usted, no tiene costo, la información que suministre al respecto será de carácter confidencial, con fines académicos y los datos que puedan ser publicados no revelarán su identidad.

Usted tiene libertad para retirarse de este proyecto en el momento que lo considere y decida. En el proceso del estudio para la recolección de los datos con mayor precisión, se grabarán las entrevistas, las cuales serán utilizadas únicamente para los fines de este estudio.

Agradezco su Colaboración.

Manifiesto que conozco el presente consentimiento informado y decido participar libremente en la investigación. “EXPERIENCIAS DE LA PERSONA MAYOR AL VIVENCIAR FRACTURA DE CADERA”

Nombre:

C.C N°:

Dirección:

Teléfono:

Firma:

Karolay Cermeño Ballesta y Neris Babilonia García, estudiantes programa de Enfermería Universidad de Córdoba.

## **ANEXO B. ENTREVISTA**

**UNIVERSIDAD DE CORDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS EN LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
EXPERIENCIAS DE LA PERSONA AL VIVENCIAR TRAUMATISMO DE  
CADERA, MONTERIA, 2018**

1. ¿Cómo fue la fractura de cadera?
2. Cuando el médico le revela el diagnostico, ¿cuál fue su primera impresión?
3. ¿Qué significa para usted haberse fracturado?
4. ¿Cuáles son las molestias más comunes después de la fractura de cadera?
5. ¿Qué actividades de la vida diaria dejo de hacer por haberse fracturado?
6. ¿Cómo fue el impacto de su familia por la fractura?
7. ¿Qué cambios ha sufrido en los niveles económicos en su hogar tras la fractura de cadera?
8. ¿Qué significa ser una persona dependiente?
9. Al momento de salir del centro de salud, ¿recibió usted educación sobre cuidado de la fractura de cadera?
10. ¿Qué metas tienes trazada en tu vida?